

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N^o

583

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

Réactions salpingiennes

Connexes des Tumeurs utérines

PAR

René-Jean-Marie TISSIER

Né à Dijon, le 11 janvier 1895

Président : M. HARTMANN, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

222

585

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

Réactions salpingiennes

Connexes des Tumeurs utérines

PAR

René-Jean-Marie TISSIER

Né à Dijon, le 11 janvier 1895

Président : M. HARTMANN, PROFESSEUR



IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen

M. ROGER

Professeurs

MM.

Anatomie

Anatomie médico-chirurgicale

Physiologie

Physique médicale

Chimie organique et chimie générale

Bactériologie

Parasitologie et Histoire naturelle médicale

Pathologie et Thérapeutique générales

Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale

Anatomie pathologique

Histologie

Opérations et appareils

Pharmacologie et matière médicale

Thérapeutique

Hygiène

Médecine légale

Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée

NICOLAS

CUNEO

CH. RICHET

ANDRÉ BROCA

DESGREZ

BEZANCON

BRUMPT

MARCEL LABBE

RENON

N.

LETULLE

PRENANT

DUVAL

POUCHET

CARNOT

BERNARD

BALTHAZARD

MENÉTRIER

ROGER

Clinique médicale

ACHARD

WIDAL

GILBERT

CHAUFFARD

MARFAN

NOBECOURT

DUPRE

JEANSELME

P. MARIE

TEISSIER

DELBET

Hygiène et clinique de la première enfance

Clinique des maladies des enfants

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Clinique des maladies du système nerveux

Clinique des maladies contagieuses

LEJARS

HARTMANN

GOSSET

DE LA PERSONNE

LEGUEU

BAR

COUVELAIRE

BRINDEAU

J.-L. FAURE

AUGUSTE BROCA

VAQUEZ

SEBILEAU

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile

Clinique thérapeutique

Clinique oto-rhino-laryngologique

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI

ALGLAVE

BASSET

BAUDOUIN

BLANCHETIÈRE

BRANCA

CAMUS

CHAMPY

CHEVASSU

CHIRAY

CLERC

DEBRE

DESMAREST

DUVOIR

FIESSINGER

GARNIER

GOUGEROT

GREGOIRE

GUENIOT

GUILLAIN

GUILLEMINOT

HEITZ-BOYER

JOYEUX

LABBÉ HENRI

LAIGNEL-LAVAS-

TINE

LANGLOIS

LARDENNOIS

LE LORIER

LEMIERRE

LEQUEUX

LEREBoullet

LERI

LEVY-SOLAL

MATHIEU

METZGER

MOCQUOT

MULON

OKINCZYC

PHILIBERT

RATHERY

RETTERER

RIBIERRE

RICHAUD

ROUSSY

ROUVIERE

SCHWARTZ

TANON

TERRIEN

TIFFENEAU

VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE.

A MES SCEURS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'hôpital Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'honneur

à qui nous adressons l'hommage de nos
remerciements pour l'honneur qu'il
nous fait en présidant notre thèse.

INTRODUCTION

Ce sujet n'a pas été beaucoup étudié, on ne s'étonnera pas par conséquent que notre bibliographie ne soit pas très abondante. Peu d'auteurs s'étendent sur ces réactions inflammatoires, beaucoup même n'en font pas mention. Il est vrai qu'il est difficile d'en faire une étude ; elle repose en grande partie sur l'interrogatoire du malade ; cet interrogatoire est souvent sujet à caution, et nous nous basons sur la bonne foi des malades que nous avons interrogés. Beaucoup d'auteurs n'ont pas été frappés par ces faits qui ne sont peut-être que surajoutés et peut-être est-ce pour ces raisons qu'ils n'ont pas voulu en tirer de conclusions. Ils ont peut-être considéré ces infections comme le réveil de lésions anciennes.

Ce que nous voudrions fixer dans cette étude c'est un point de pathogénie et d'étiologie.

Aussi, primitivement, nous voulions mettre comme titre à ce travail : des réactions salpingiennes déterminées par les tumeurs utérines. Nous ne l'avons pas fait, car ce titre aurait pu éveiller l'idée de réaction

cancéreuse, de réaction neoplasique des trompes, quand ce que nous avons observé ne sont que des réactions inflammatoires dues à des microorganismes, dont la virulence est probablement exaltée par le fait du cancer, mais microorganismes venus du dehors.

D'après les observations qui suivent, ayant cherché méthodiquement dans le passé utérin des femmes que nous avons eu sous les yeux, il nous a semblé que ces réactions salpingiennes étaient connexes des tumeurs utérines, créées, déterminées par le fait de ces néoformations.

Et cette étude nous a conduit à cette remarque, que l'on pouvait tirer un pronostic opératoire plus grave dans ces tumeurs qui s'accompagne de réactions salpingiennes que dans celles qui ne s'en accompagnent pas. A ce point de vue, cette étude est intéressante et elle a déjà attiré l'attention. M. Lascaux dans sa thèse (Paris 1919 1920) parle de la difficulté de l'intervention dans les fibromes compliqués de lésions annexielles.

Cette question est encore plus intéressante maintenant qu'il faut choisir entre cancer curable par la radiumthérapie et ceux au contraire qui n'autorisent que l'opération sanglante.

Cette complication salpingienne demande certainement le traitement sanglant et ne saurait se contenter jamais de la curithérapie.

CHAPITRE I

Etiologie : Réactions salpingiennes accompagnant les tumeurs utérines sans aucun passé génital

Ces manifestations ne sont pas très fréquentes ne cours du cancer ou du fibrome utérin, et malgré nos recherches dans des piles de cahiers d'observations, il ne nous a pas été permis de réunir en grand nombre des faits se rapportant à notre étude. Cette absence d'observations à ce sujet tient peut-être à ce que ces faits ont été jugé de peu d'importance et n'avaient pas frappé l'esprit des opérateurs. Cependant nous avons trouvé dans quelques ouvrages de gynécologie mention de ces réactions salpingiennes et au chapitre de l'étiologie des salpingites quelques lignes sur les réactions salpingiennes dues au cancer et au fibrome.

Dans l'ouvrage de gynécologie de J.-L. Faure et Siredey page 526 — il est mentionné au chapitre étiologie des salpingites « certaines affections utérines comme le fibrome, le cancer qui favorisent l'infection

de l'arbre genital s'accompagnent aussi très souvent de lésions salpingo-ovariennes. »

Nous trouvons encore dans cet ouvrage de nombreuses figures de cancer utérin avec des lésions annexielles, mais dans aucunes des pages qui suivent l'auteur ne dit s'il pense que ces réactions salpingiennes sont dues au cancer ou au fibrome.

Nous avons relevé toutes ces figures : page 826 figure 460 — Cancer intracervical compliqué d'annexites bilatérales — figure 464 légère inflammation des trompes — figure 459 — figure 489 — planche III également cancer avec lésions salpingiennes.

Nous lisons également dans le traité de Pathologie Externe de Bouilly page 477 « le cancer et le fibrome utérin sont une cause de salpingites. »

Certainement donc ces réactions ont été observées :

Nous voyons dans l'ouvrage de J. L. Faure chirurgie des annexes de l'utérus des figures se rapportant incontestablement au sujet que nous étudions. Nous voyons page 74 figure 47 pyosalpinx gauche enlevé avec l'utérus sur lequel on voit des petits fibromes sous sereux ; mais dans le texte aucune mention, ni aucun développement sur ces faits. Il est pourtant indiqué dans un passage de ce livre que le staphylococcus aureus traverse facilement l'utérus malade et peut donner des lésions annexielles dans les affections de l'utérus : mais quelles sont ces affections de l'utérus dont l'auteur veut parler.

Le cancer du col, du corps ainsi que les fibromes de

l'utérus déterminent également ces réactions inflammatoires et suppurées, quelquefois même réactions suppurées aiguës puisqu'elles s'accompagnent de température assez élevée 38 à 39.

Mais ces suppurations ne sont-elles pas le réveil d'infections anciennes, voilà ce que nous avons cherché en vain dans les traités de gynécologie ; il n'en est fait aucune mention.

Nous avons alors fixé notre attention sur ce point, et nous avons interrogé méthodiquement les femmes chez qui nous supposions ces réactions salpingiennes : aucune n'avait de passé utérin ou utéro annexiel.

Femmes qui les unes n'avaient jamais souffert du ventre, et malgré des grossesses rejetées n'avaient eu que des couches normales sans jamais d'infection, les autres n'ayant pas eu d'enfants n'avaient jamais eu de coliques ou de crises douloureuses du ventre que l'on aurait pu rapporter à une salpingite ; femmes enfin chez qui il nous a semblé pouvoir éliminer au cours de leur vie toute salpingite antérieure. Il nous a même été permis d'observer et d'interroger une vieille fille vierge atteinte de cancer de l'utérus avec réactions salpingiennes.

Il était par conséquent peu douteux chez elle que ces réactions fussent dues au cancer.

Mais ce simple interrogatoire toujours sujet à caution, cette recherche méthodique à travers la vie de nos malades ne nous a pas suffi encore ; et nous avons voulu ajouter des examens anatomo-pathologi-

ques et factériologiques comme confirmation de ces faits. Pour toutes nos malades nous avons fait ces recherches.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique : les réactions pathologiques sont-elles bien dues au cancer

Lésions inflammatoires des trompes

Certainement macroscopiquement toutes les pièces que nous avons eu entre les mains provenant d'opérations de femmes que nous avons observées et aidées à opérer étaient bien du cancer ou du fibrome. Que ce soit du cancer bourgeonnant ou au contraire ulcéré, que ce soit du myome, la confusion n'était certes pas possible avec des ulcérations tuberculeuses de l'utérus ou encore avec des ulcérations de métrites ou des hyperplasies de la muqueuses utérine dues à des infections pathogènes de tout autre ordre.

Pour l'utérus par conséquent aucun doute ne peut subsister au point de vue des lésions. Pour les annexes il en est autrement. Il pourrait se faire que ces réactions salpingiennes que nous avons observées aient une toute autre cause que le cancer développé auprès de ces pyosalpinx. Ces trompes remplies de

pus ne sont-elles pas le fait de la tuberculose, de la syphilis, du streptocoque ? Le cancer aurait pu se développer tout simplement en même temps que ces lésions se développaient également ; cancer et salpingite se développant côte à côte, cette dernière étant de nature tuberculeuse.

Mais des examens microscopiques pratiqués sur des coupes de tous les organes enlevés, utérus, trompes, et ovaires ne nous laissent aucun doute à ce sujet.

Nous ne développerons pas ici les lésions que nous avons observés pas plus que nous n'étudierons très en détail au point de vue histologie pathologique ces neoformations. Chaque observation est suivie du résultat de l'examen microscopique de chaque organe enlevé aux femmes que nous avons pu observer. Dans tous les cas les coupes que nous avons préparées et examinées étaient certainement du cancer ou du myome ; les trompes avaient leurs tuniques hyperplasiées ; leurs parois étaient infiltrées d'éléments cellulaires et en bien des cas très épaissies ; mais il ne nous a jamais été donné d'observer des tubercules. Quant à la Syphilis, elles donne peu de modifications sur les trompes, et on observe rarement un épaississement.

Nous n'avons pas trouvé à l'examen microscopique des ovaires de tubercules, pas plus que de lésions scléreuses spécifiques. Dans le plus grand nombre des

cas nous avons trouvé des ovaires absolument normaux.

Il semble donc bien que ces réactions salpingiennes avaient pour cause et pour origine le cancer ou le fibrome utérin comme si le néoplasme par ses toxines déterminait une sorte d'aplasie des tuniques permettant aux microbes de l'extérieur toujours contenus soit dans l'intestin soit dans le vagin ou à l'orifice du col utérin, permettait à ses microbes de former des abcès annexiels ou periannexiels.

D'ailleurs l'examen bactériologique systématique nous a permis d'écarter encore l'hypothèse de tuberculose ou de gonococcie ; quand à l'infection puerperale elle a été écartée par suite de l'examen fouillé des antécédents de nos malades.

Nous avons pu nous assurer ainsi que ses inflammations et suppurations étaient bien contemporaines du cancer.

CHAPITRE III

Bactériologie : Quelle est la flore de ces réactions salpingiennes ?

Ce n'est pas la rétention dans l'utérus de sang ou de liquide souvent dû au cancer ou au fibrome qui détermine la suppuration dans les trompes ; dans tous les cas que nous avons observés ce sang ou ces sécrétions muqueuses s'écoulaient facilement. Dans un seul cas où il y avait hématométrie due à la sténose du col [cancéreux on pourrait penser dans ce cas que c'est la rétention qui a donné naissance à la suppuration.

Mais il est vrai aussi que ce n'est pas tant la sténose du col que la stenose de l'orifice utérin de la trompe qui a une influence sur la suppuration des trompes. Certainement le cancer ou le fibrome peuvent oblitérer l'orifice utérin des trompes et créer ainsi une cavité close où s'accumulera les sécrétions muqueuses, excellent bouillon de culture dans lequel les microorganismes se développeront facilement

Dans les préparations de pus prélevé dans ces trompes enlevées à nos malades il nous a été donné surtout de reconnaître le staphylocoque et le streptococcus aureus. Ce sont eux que nous avons trouvés le plus souvent seuls ou au contraire associés. Ces microbes sont des hôtes habituels du vagin et de l'intestin, il n'est par conséquent pas étonnant que le cancer leur donne un surcroît de vitalité et que par les sécrétions muqueuses favorisant leur développement, leur permette de donner autour du cancer des suppurations salpingiennes ou periannexielles.

Le colibacille se trouve aussi très fréquemment dans ces suppurations ; comme si le néoplasme par ses toxines déterminait une sorte d'aplasie des tuniques intestinales, permettait au colibacille de traverser ces tuniques d'où abcès annexiels et periannexiels. C'est le colibacille que nous avons identifié dans la plupart des cas que nous avons observés. C'est peut-être dû à ce que le cancer se développant plutôt dans les abords du Douglas et mordant déjà sur le gros intestin, sur le colon pelvien permettait son passage plus facile pour créer les suppurations du petit bassin.

En tout cas nous n'avons jamais identifié le bacille de Koch ce qui pourrait peut-être nous permettre d'affirmer que la tuberculose n'était pas en cause dans les cas de suppuration que nous avons observés.

Nous n'avons jamais identifié non plus le gonocoque dans ces examens de pus. Est-ce à dire que

jamais des infections anciennes à gonocoques n'aient été réveillées par le cancer ? Il est vrai que souvent le gonocoque ne peut-être décelé à l'examen microscopique et qu'il n'en existe pas moins.

Nous ne pouvons donc arriver à une certitude absolue nous n'avons pas identifié ces derniers microbes, mais cela ne veut pas dire qu'il n'existent pas dans ces lésions ou qu'il n'ont pas existé. Il peut exister un microbisme latent sans manifestation extérieure ; il a pu déterminer des lésions discrètes et cachées sans donner d'accidents. Le cancer ou le fibrome sera le coup de fouet, la cause vivifiante de ce microbisme latent. Ce ne sera pas cependant le réveil d'infections anciennes, puisque ces infections n'ont jamais existé en somme à l'état aigu, et n'ont pas déterminé de lésions décelables : c'est le cancer ou le fibrome qui a fait naître ces suppurations.

CHAPITRE IV

**Pathogénie : Quel est le mécanisme de ces suppurations ;
par quelle voie se fait l'infection**

Il est peu probable que ce soit la rétention du sang ou des sécrétions muqueuses dues au cancer ou au fibrome dans la cavité utérine qui créent ces suppurations par propagation à la trompe. Il serait plus plausible que ce soit la rétention dans les trompes de ses sécrétions muqueuses par oblitération des orifices utérins de ces trompes : nous en arrivons donc à la théorie de la cavité close. Mais l'on peut se demander encore : n'est-ce pas justement cette infection, par les réactions inflammatoires des tissus qu'elle provoque, qui détermine l'oblitération de la trompe et la formation de cette cavité close.

Quel mécanisme invoquerons nous ? La question est difficile à trancher. Dans 3 des cas de cancer que nous avons observés il est certain que l'orifice utérin de la trompe n'était pas oblitéré par le cancer ; mais dans 2 cas de fibromes c'était la néoformation des tissus

dans le voisinage des cornes utérines qui, créant l'oblitération des orifices des trompes, formait cavité close et avait déterminé la suppuration. Il faut par conséquent admettre ces 2 mécanismes.

Mais par quelle voie arrivent ces microbes pour créer ces infections. Est-ce de proche en proche, par continuité des muqueuses, c'est possible. Si le cancer était dû à un microbe, si la pathogénie du cancer l'était également comme il serait facile de donner une solution à cette question ; mais étant donné le voile qui flotte encore sur ce sujet on ne peut guère que se tenir dans le domaine de l'hypothèse.

La voie lymphatiques est, d'après Poirier peu propice à conduire une infection. La disposition des lymphatiques de l'utérus est peu propice à portée de l'utérus ou du vagin vers les trompes des microbes venus du dehors. Il est peu probable que ces microbes puissent remonter le courant, le réseau lymphatiques de cet organe ne s'y prête guère. Mais par suite de l'état de moindre résistance de ces organes à cause de l'anausie cancéreuse, ces lymphatiques sont-ils plus aptes qu'à l'ordinaire à conduire l'infection.

On s'expliquerait mieux que cette métastase microbienne se fasse par la vie sanguine. Le cancer détermine certainement des modifications dans le sang de l'individu : la formule leucocytaire est le plus souvent très modifiée. Cet état du sang pourrait donc expliquer cette facilité des métastases microbiennes, cette aptitude à des microorganismes.

Mais il est plus plausible de penser à une propagation de proche en proche: par continuité des muqueuses. Le cancer ou le fibrome déterminant une moindre résistance des muqueuses et permettant aux microorganismes de se développer plus facilement. L'élimination des débris épithéliaux et des sécrétions muqueuses que provoque le cancer servant de milieu de culture aux microbes.

CHAPITRE V

Des symptômes propres que peuvent donner ces réactions annexielles, liées intimement aux tumeurs utérines

Nous passerons rapidement sur ces symptômes qui sont en somme des symptômes des salpingites graves ajoutés aux symptômes propres des tumeurs utérines avec quelques particularités en plus.

Chez toutes les femmes qu'il nous a été permis d'examiner et de suivre un peu longuement nous avons été étonné par leur température. Il n'est pas fréquent que le cancer ou les fibromes s'accompagnent de température et nul par ce fait n'est cité dans les auteurs classiques. Si bien que nous nous sommes demandés tout d'abord si ces femmes en plus de leur néoplasie ne faisait pas une affection surajoutée, une fièvre éruptive quelconque, au début ces femmes avaient de la température, température pas très élevée oscillant cependant entre 38° et 38° 5 jusqu'à 39° quelquefois. Cette température était due certainement à ces réactions inflammatoires du côté de leur

trompe ; il nous a été permis d'observer ces femmes assez longtemps et en assez grand nombre pour que nous puissions dire que cette légère élévation de température n'était due à aucune autre cause qu'à cette réaction du côté des trompes et à un léger degré de péritonite consécutif à ces réactions.

Les douleurs sont également plus intenses chez ces femmes, douleurs dans les reins, s'irradiant à la face internes des cuisses parfois, véritables coliques salpingiennes qui ne ressemblent pas aux douleurs du cancer ou du fibrome utérin sans complications, on a pu même parfois observer un certain degré de défense de la paroi due probablement à la péritonite provoquée par ces réactions salpingiennes.

Les pertes sont également plus fétides ; chez certaines femmes l'odeur de ces pertes était celle de pus de péritonite par perforation de l'intestin, pertes à odeur de fécaloïdes.

Au toucher vaginal bien souvent ces masses salpingiennes peuvent donner le change et faire croire que l'utérus cancéreux n'est plus mobilisable et que la paroi vaginale est déjà atteinte par le cancer ; car elles empêchent dans une certaine mesure de mobiliser facilement l'utérus. Par leur masse, par leur volume ces tumeurs annexielles peuvent également tromper sur la forme de l'utérus que l'on peut croire beaucoup plus gros et déformé qu'il ne l'est en réalité.

Le diagnostic de ces réactions inflammatoires est

bien difficile, et c'est assez souvent que l'on passe à coté. Le plus fréquemment on fait ce diagnostic à l'ouverture du ventre. Cependant ces tumeurs salpingiennes sont fluctuantes et avec un peu d'attention on évitera l'erreur. On aura également l'esprit mis en éveil par la température et par la qualité des douleurs. Et ce serait d'autant plus intéressant maintenant que le diagnostic en soit à chaque fois fait précocement au point de vue thérapeutique. Quand nous observerons, quand notre attention sera fixée par cette température et ces douleurs, douleurs que l'on pourra différencier, de celles du cancer non compliqué de salpingites, et douleurs irradiées aux jambes dues à une extension de néoplasme du coté des plexus nous saurons qu'il faudra intervenir sans retard et par la méthode sanglante car les risques de péritonite sont imminents. Nous saurons également quels sont les risques opératoires qui pourront se présenter par suite des adhérences créées par le periannexite qui accompagne toujours ces réactions inflammatoires. Ces risques opératoires ont été bien montré par M. Lescaux dans sa thèse de Paris 1919-20. Et dans ce cas le radium sera absolument contre indiqué, car il n'aurait aucun effet dans cette néoplasie accompagnée de réactions inflammatoires, il pourrait même donner un coup de fouet à ces réactions et amener une péritonite rapidement mortelle.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Madame B..., 59 ans. Se présente parce qu'elle perd depuis 5 mois ; a cessé d'être réglée à 48 ans ; mère de deux enfants, pas de suite de couches et pas de pertes blanches. Il y a 5 mois a eu une perte qui s'est arrêtée au bout de trois jours comme si elle avait eu des règles normales, s'accompagnant de douleurs. Le sang de cette perte est parfaitement rouge et sans odeur appréciable. Puis plus rien pendant 3 semaines et au bout de ce temps jusqu'au jour où elle vient se consulter, elle n'a cessé de perdre à intervalles variant de 8 à 15 jours, toujours des coliques, mais les deux derniers mois l'écoulement est devenu fétide, ce sont de véritables pertes rousses. Elle a maigri, jauni et se plaint de douleurs lombaires beaucoup plus considérables et qui durent sans arrêt. Ses douleurs se propagent à la face externe des cuisses. Elle a de la température qui varie entre 38° 2 à et 39° 5.

A l'examen la lèvre postérieure du col est bourgeonnante, au toucher la tumeur cervicale qui saigne est dure.

Intervention : Hystérectomie totale ; on remarque que les deux trompes sont remplies d'un jus roussâtre ainsi que la cavité utérine qui paraît dilatée. Le pus est fétide.

Suites opératoires à peu près normales, le drain abdominal a donné du pus pendant 15 jours. La malade encore actuellement vivante semble maigrir à nouveau ; son teint est toujours jaune, mais elle ne souffre plus.

Dans ce cas ce qu'il y a de remarquable c'est l'atresie néoplasique du col, la dilatation de tout le réservoir utéro-annexiel qui contient un pus à odeur caractéristique rappelant celle d'une appendicite aigue.

A l'examen histologique la tumeur du col est un cancer épithelial à forme typique avec formations malpighiennes et globes cornés. L'ovaire est normal sans aucune formation pathologique. Les parois de la trompe sont hyperplasiées, épaissies avec infiltrations d'éléments cellulaires ; nous avons cherché avec soin des follicules tuberculeux il ne nous a pas été permis d'en trouver.

L'examen bactériologique également pratiqué nous a permis d'identifier dans les préparations le pus prélevé dans les trompes du staphylocoque en grappes bien caractéristiques.

OBSERVATION II. — Madame S..., 52 ans, envoyée à l'hôpital par son médecin pour cancer utérin, est opérée en 1917.

Elle présente un néoplasme très bourgeonnant du col qui est envahi sur tout son pourtour, Le cancer est mou, la malade perd en tout temps depuis trois mois. Elle n'a jamais eu d'enfants, pas de fausses couches, pas de pertes blanches. Mais en même temps que le tableau clinique du néoplasme on constate un ventre météorisé, un pouls à 120. La palpation est douloureuse au niveau des deux fosses iliaques, la malade ne s'alimente plus et vomit tout ce qu'elle prend.

Au toucher on sent une sorte d'empâtement dans les culs-de-sacs autour de ce col qui s'aigue abondamment et que le doigt effrite avec une facilité remarquable. Cependant dans les culs-de-sac on a la sensation d'une certaine renitence, l'impression d'une masse liquide fluctuante. Les douleurs sont très violentes, la température oscille entre 38° et 38° 5. On ne trouve dans le passé génital de cette malade trace d'une affection annexielle. Elle dit qu'elle a toujours été réglée régulièrement.

A l'opération on fait l'hystérectomie totale. On tombe sur un

bloc adhérent à l'S iliaque avec du pus derrière l'utérus. Cette poche contient environ 150 gr. de pus et on arrive péniblement à séparer les annexes qui sont toutes les deux et surtout la gauche pleine d'un pus épais et fétide comme celui de la collection rétro-utérine.

Suites opératoires normales, sinon que la suppuration de drainage abdominale a duré 5 semaines. La malade est sortie en bon état et n'a pu être suivie.

L'examen histologique d'une coupe du col a montré un cancer épithélial à forme atypique à formations glandulaires désordonnées. Les trompes sont infiltrées d'éléments cellulaires. L'ovaire ne présente rien de spécial.

Le pus retiré des trompes a été examiné au microscope il contenait surtout du coli-bacille et du streptocoque.

OBSERVATION III. — Madame R..., 60 ans, a eu deux enfants à l'âge de 20 et 25 ans ; exerce la profession de cultivatrice et a fait un métier très dur sans jamais souffrir et sans avoir aucune douleur dans le ventre. Les accouchements ont été normaux. Elle était bien réglée et avait très régulièrement 3 à 4 jours d'avance chaque mois. Quand elle fut adressée au chirurgien, il y avait deux mois que le médecin, appelé pour la première fois pour une perte, avait constaté une petite érosion à la lèvre postérieure du col utérin. La malade étant grippée son examen approfondi est différé. Mais la fièvre de la malade ne cesse pas au contraire. On examine alors la malade et on constate que le néoplasme fait des progrès très rapides, les culs-de-sac sont remplis, on pense tout d'abord étant donné le bourgeonnement considérable du col que cet empâtement de culs-de-sac, cette impossibilité de mobiliser l'utérus est dû à l'envahissement des culs-de-sac par le cancer ; mais un examen plus approfondi permet de se rendre compte que les culs-de-sac sont refoulés par une masse bilatérale et renitente. La malade continue à avoir une fièvre intense 38° 5 à 39°. Elle souffre

beaucoup, se plaint de colliques et de douleurs lombaires très violentes ; l'état général décline rapidement.

A l'ouverture du ventre on trouve un premier abcès rétro-utérin puis un deuxième au niveau de la trompe gauche qui est inévitablement ouverte. Le tout est adhérent à l'S iliaque et au rectum de façon telle que l'on se demande s'il ne vaudrait pas mieux refermer. On arrive cependant à libérer les 2 annexes ; mais le rectum à la fin de l'opération présente 2 ouvertures. Le caractère de ces ouvertures est un peu spécial : il ne semble pas que ce soit le traumatisme du décollement qui les ait créées ; elles ne saignent pas, les bords sont noirâtres. Ces 2 ouvertures sont fermées par un double surjet après ablation totale de l'utérus et le vagin sectionné dans son tiers inférieur. Drainage vaginal et abdominal. La malade 3 mois après est encore vivante mais une fistule stercorale s'est établie par le vagin qui s'est fermée presque en totalité pendant 8 jours, mais l'état général décline, des troubles digestifs apparaissent et la malade souffre de l'estomac et digère péniblement, tandis que le subictère s'accroît journellement. La malade vit encore actuellement, mais fait certainement une métastase que l'on sent à la palpation dans la région pylorique et qui constitue certainement une récurrence foudroyante.

Macroscopiquement l'utérus présente un cancer du corps ulcéré à la surface interne de l'utérus. A l'examen microscopique épithélioma glandulaire de la variété typique avec néoformations glandulaires en plein tissu musculaire de la paroi utérine. Les trompes présentent un épaississement de leur tunique. L'ovaire ne présente rien de particulier.

L'examen du pus permet d'identifier surtout du coli-bacille.

OBSERVATION IV. — Madame T..., 47 ans, n'a pas eu d'enfants, pas de fausses couches, n'a pas eu de pertes blanches à aucun moment de son existence. Ne paraît pas avoir d'antécédents du côté de ces organes génitaux, n'a jamais souffert du

ventre, est bien réglée. Elle a commencé à souffrir il y a un mois, a des coliques très violentes qui se répercutent dans les reins, et lui donnent des douleurs le long de la face interne des cuisses. Sa température oscille entre 38° et 38° 5. Au toucher on sent une grosse masse antérieure semblant être l'utérus augmenté de volume. En arrière on sent une autre masse bombant dans le Douglas. On ne peut déterminer si c'est une masse ou une induration inflammatoire de paramétrite ; le toucher n'est pas très douloureux.

A l'intervention hystérectomie totale, les trompes sont très dilatées et forme deux grosses masses de chaque côté de l'utérus et le gauche plongeait un peu dans le Douglas ; ce devait certainement être cette masse que l'on sentait par le toucher. Gros fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, les trompes contiennent un liquide roussâtre et très fétide.

Suites opératoires normales, le drain abdominal donne du pus pendant 15 jours. La malade après avoir été bien pendant 2 mois, maigri à nouveau et perd ses forces.

A l'examen histologique, myome utérin à fibres lisses. Hyperplasie des tuniques des trompes ; l'ovaire n'a rien de spécial.

L'examen du pus montre du staphylocoque en grande abondance.

OBSERVATION V. — Mlle L..., Berthe, 46 ans, manouvrière. N'a pas eu d'enfants, ni fausses couches, pas de pertes blanches, n'a pas eu de maladies antérieures. Rien n'a jamais attiré son attention du côté des organes génitaux, n'a jamais eu de douleurs dans le ventre, avait toujours été bien réglée. Mais depuis cinq à six ans a des règles plus abondantes et entre ces règles a quelques fois des pertes rouges. N'a pas et n'a pas eu de pertes blanches, mais a eu à plusieurs reprises des évacuations d'eau assez importantes. Elle a quelques envies fréquentes d'uriner ; elle a des douleurs abdominales

depuis six ans pendant ses règles et depuis un mois à peu près ces douleurs deviennent plus intenses et même ne cessent plus. Ce sont des douleurs pongitives qui lui pèsent dans les reins et dans le fondement comme si la malade avait une masse très pesante qui lui presserait sur l'anus. La malade a de la température entre 38° et 38° 5.

A l'examen pratiqué le 7 novembre 1919, le col est très refoulé en avant, dans le cul de sac postérieur on sent une masse rénitante mais qui cependant paraît irrégulière et donnerait plutôt l'impression de masses fibromateuses ; l'utérus paraît gros mais on ne peut l'isoler. Une ponction du Douglas amène du liquide puriforme.

Intervention le 15 novembre. Hystérectomie totale. L'utérus est assez volumineux mais mou ; les annexes sont volumineuses ; les trompes très dilatées, la droite très adhérente dans le Douglas ; on peut cependant les isoler et libérer les adhérences. Un drain est laissé dans le Douglas.

Suites opératoires normales ; la malade va bien et le drain donne un peu de pus pendant huit jours. La malade est rétablie complètement et n'a pu être suivie.

A l'examen des pièces, l'utérus qui est gros et mou est ouvert ; la muqueuse de la paroi postérieure est ulcérée et couverte de pus fétide. A l'examen microscopique c'est un épithélioma glandulaire de la variété typique, on voit de nombreuses formations glandulaires isolées par des fibres lisses. L'ovaire et les trompes ne montrent rien de spécial, si ce n'est une infiltration cellulaire des tuniques des trompes.

L'examen du pus très fétide montre coli-bacille et streptocoque

OBSERVATION VI. — Mlle de L... Marguerite, 62 ans, probablement vierge, pas d'antécédents du côté de ses organes génitaux, à 45 ans perd pendant 3 ans d'une façon peu considérable mais continue ; cet état de chose ne préoccupe pas la

malade et la ménopause arrive, cette femme ne remarque plus rien d'anormal. Depuis août dernier elle perd à nouveau et commence à souffrir du ventre. Ses douleurs vont en s'accroissant de jours en jours, et deviennent intolérables ; les reins lui font très mal, elle ne peut rester assise, elle se couche, et ne peut trouver aucune position qui puisse calmer ses douleurs. Pertes continuelles d'eaux rousses. De temps en temps douleurs dans la fosse iliaque gauche. La malade a de la température depuis son entrée à l'hôpital, 38° à 38° 5 ; chez elle, on ne prenait pas sa température ; cependant le soir elle était mal à son aise et se sentait fiévreuse.

Au toucher vaginal, on sent le col priforme, s'évasant sur les culs de sac qui sont indurés et un peu douloureux, la main abdominale perçoit une grosse tumeur utérine peu mobile.

A l'intervention, hystérectomie totale : une grosse masse formée par la trompe gauche surplombe l'utérus qui est volumineux. L'utérus et les annexes ne sont pas adhérentes, toute la masse est libérée facilement ; hystérectomie facile et aseptique, on referme complètement sans mettre de drains.

Suites opératoires normales : la malade quitte l'hôpital dix jours après et n'a pu être suivie.

A l'examen des pièces l'utérus est fibromateux, développé en masse, à la coupe il est formé de nombreuses masses fibromateuses. L'examen histologique nous permet de reconnaître que la tumeur est un myome utérin. Ovaire normal, trompes épaissies.

L'examen des pus jaunâtre et fétide, montre streptocoque et coli-bacille en abondance.

OBSERVATION VII. — Mme Vve G... Geneviève, 50 ans. N'a pas eu d'enfants, ni fausses couches, pas de pertes blanches. N'a jamais souffert du ventre. Depuis peu souffre du ventre, mais ce qui frappe le plus la malade ce sont ses pertes et c'est

pour cela qu'elle entre à l'hôpital. De jours en jours souffre davantage du ventre et des reins. La malade est très constipée, ne va pas sans lavements. Pertes assez considérables. La malade qui était bien réglée et qui voyait ses règles durer ordinairement 3 jours, perd pendant 8 jours; elle commence même à perdre entre l'époque de ses règles. Les douleurs qui reviennent de plus en plus fréquentes s'irradient dans la jambe gauche. La malade ne se plaint pas de troubles urinaires. La température de la malade qui a été prise depuis son entrée à l'hôpital oscille entre 38° et 38° 5. Depuis 2 jours le ventre est plus douloureux et la malade présente un peu de défense de la paroi.

Au toucher vaginal on sent un gros fibrome saillant dans le Douglas et paraissant enclavé; on ne peut mobiliser l'utérus.

A l'intervention, hystérectomie totale; elle montre un utérus avec un gros fibrome et double pyosalpinx: la trompe gauche surtout est très volumineuse et adhérente à l'intestin; son décollement s'accompagne d'une large effusion de pus dans le petit bassin; on draine et péritonise.

Les suites opératoires sont bonnes, la malade guérit rapidement; nous avons revu cette malade 6 mois après l'opération, elle continue à bien aller.

L'examen histologique de l'utérus nous montre que nous avons à faire à un myome utérin. Dans l'ovaire on ne trouve rien d'anormal; les tuniques de la trompe sont épaissies et infiltrées d'éléments cellulaires.

L'examen du pus qui est très fétide et roussâtre montre du coli-bacille.

CONCLUSION

1 — Des réactions inflammatoires salpingiennes peuvent être déterminées par le cancer ou les fibromes utérins, en tout cas elles sont étroitement liées à l'existence de ces néoplasies ; elles ne paraissent pas être le réveil d'infections anciennes, et surviennent chez des femmes qui n'ont pas de passé génital.

2 — Il ne semble pas que ce soit la rétention du pus par sténose du col néoplasique qui détermine ces suppurations, mais plutôt la sténose de l'orifice utérin des trompes, ou encore un état des muqueuses particulier est dû au cancer, état favorisant l'infection si elle ne lui est pas dûe.

3 — Quand le cancer s'accompagne de poussées de température il est possible qu'il soit accompagné de réactions salpingiennes inflammatoires et l'attention devra être attirée sur les trompes ; ce pourrait être dans une certaine mesure un guide pour l'intervention qui sera difficile par suite de ces suppurations salpingiennes ; ces grosses masses purulentes s'accompagnent souvent d'adhérences intestinales.

4 — Les douleurs qui sont très violentes, plus violentes, semble-t-il, que dans les cas où le néoplasme n'est pas compliqué de réactions salpingiennes pourront être également une indication de l'existence de pyosalpinx.

5 — Soit que la péritonite localisée qui en résulte aggrave la situation, soit plutôt que l'on se trouve en présence de néoplasmes plus malins, la présence d'une suppuration aiguë et spontanée du petit bassin au cours de l'évaluation d'un cancer ou fibrome utérin permet de porter un pronostic grave d'une tumeur à évolution rapide et fatale à brève échéance.

6 — Ces réactions salpingiennes dans le cancer seront une indication d'opération sanglante dans le plus bref délai ; ce sont des cas où il faudra certainement se décider à opérer et à rejeter l'intervention par le radium.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

HARTMANN.

Vu : *Le Doyen,*

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — *Cancer utérin et radium.*
- BOUILLY. — *Traité de pathologie externe*, t. III, 1895.
- BOURSIER. — *Précis de gynécologie.*
- BUMM. — *Zur Klärung der aktinotherapie probleme bei Karzinom. Zentralblatt für gynäk*, n° 5, 1914.
- CAVALHO PEDRO PAULO. — *Extirpation des fibromes utérins compliqués de lésions annexielles* (thèse, Paris, 1917-18, n° 128).
- DELBET. — *Cancer et radium* (*Presse médicale*, janvier 1910).
- FABRE (M^{me}). — *Indications de la radiumthérapie et du traitement opératoire du cancer de l'utérus* (*Revue médicale*, octobre 1919, p. 578).
- FAURE, J.-L. — *Chirurgie des annexes de l'utérus.*
- FAURE, J.-L. (et SIREDEY). — *Traité de gynécologie.*
- FORGUE (et MASSALNAN). — *Revue de gynécologie*, 1910.
- HARTMANN, HENRI. — *Congrès de Bruxelles, septembre 1919. Discussion* (*Presse médicale*, 1919, p. 53).
- HARTMANN, H. — *Gynécologie opératoire*, 1911.
- LABADIE LAGRAVE (et LEGUEN). — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1895.

LASCAUX. — *Contribution à l'étude de la radiumthérapie associée à la chirurgie dans le cancer opératoire de l'utérus* (thèse, Paris, 1919-20, n° 52).

LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1901.

LERICHE ET PONCET. — *Du rôle de la tuberculose dans la production des néo-formations kystiques*.

MONPROFIT. — *Salpingites et ovarites* (thèse, Paris, 1883).

MASSALNAN (et FORGUE). — *Revue de gynécologie*, 1910.

NASSIM. — *Contributions à l'étude de la radiumthérapie en gynécologie* (thèse, Lyon, 1918-19).

PETIT, P. — *Nouvelles archives d'obstétrique et gynécologie*, 1891.

POZZI. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 1897.

RIBES ET RIBAS. — *Tratamiento del cancer* (*Revista española d'Obstetria gynecologia*, février 1919).

RICHELOT, L.-G. — *Chirurgie de l'utérus*, 1902.

TODOROFF (M^{me}). — *Contribution à l'étude du traitement du cancer de l'utérus par le radium. Hysterectomie restreinte complétée par la radiumthérapie* (thèse, à Paris, 1918).

VERNE, A. — *Contribution à l'étude de la radiumthérapie en gynécologie* (thèse, Lyon, 1918-19).
